·医防融合专题研究·

整合型服务体系构建背景下医防融合实现机制研究

胡美丽[1]，张倩[2]，申斗[3]，李红丽[3]，刘跃华[4*]，杨雯[5]，杨金兰[1]，顾芳[6]

1.071000 河北省保定市妇幼保健院妇产科
2.100872 北京市，中国人民大学公共管理学院
3.518000 广东省深圳市，清华大学医院管理研究院
4.100084 北京市，清华大学万科公共卫生与健康学院
5.071000 河北省保定市妇幼保健院中医内科
6.071000 河北省保定市妇幼保健院儿科
*通信作者：刘跃华，副研究员；E-mail：liu_yuehua@tsinghua.edu.cn
胡美丽和申斗为共同第一作者

【摘要】 **背景** 实现基层医防融合，创新医防协同、医防融合机制是我国医疗卫生领域在“十四五”期间的重要任务。**目的** 分析整合型服务体系构建背景下医防融合的实现机制，为探索适应健康中国战略的医防融合路径提供参考。**方法** 以2018年为时间节点，以“医防融合”“医防协同”“防治结合”为关键词检索中国知网和万方数据知识服务平台相关文献，筛选出对医共体、医联体等整合型服务体系案例政策措施和实施效果进行研究的文献，最终筛选出文献18篇，案例15个。基于彩虹模型，从宏观、中观、微观三个层面以及支持要素确定系统整合、组织整合、专业整合、服务整合、功能整合、规范整合为条件变量，良好医防融合效果为结果变量，采用定性比较分析方法探索整合型服务体系构建背景下的医防融合实现机制。**结果** 共有4条组态路径能有效提升医防融合效果，4条路径分别符合多层面整合型、中微观整合型路径，同时得出以下结果：（1）依托整合型服务体系开展医防融合更为有效，在整合型服务体系下存在多种路径可有效提升医防融合效果；（2）服务整合对提升医防融合效果起着基础保障作用；（3）对提升医防融合的系统整合、专业整合和功能整合相关政策指标设置尚不健全。**结论** （1）依托医联体、医共体等中国特色的整合型服务体系提升医防融合效果；（2）充分发挥服务整合的基础保障作用；（3）参考多层面整合型案例的成功经验，均衡设置宏观、中观、微观层面政策指标，同时完善系统整合、专业整合以及支持要素的整合。

【关键词】 卫生服务管理；医防融合；整合型服务体系；定性比较分析；彩虹模型
【中图分类号】 R 135 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0722

Research on Implementation Mechanism of Treatment-prevention Integration Under the Background of Constructing Integrated Service System

HU Meili[1]，*ZHANG Qian*[2]，*SHEN Dou*[3]，*LI Hongli*[3]，*LIU Yuehua*[4*]，YANG Wen[5]，YANG Jinlan[1]，GU Fang[6]

1. Department of Obstetrics and Gynecology，Baoding Maternal and Child Health Hospital，Baoding 071000，China
2. School of Public Administration and Policy，Renmin University of China，Beijing 100872，China
3. Institute for Hospital Management of Tsinghua University，Shenzhen 518000，China
4. Vanke School of Public Health，Tsinghua University，Beijing 100084，China
5.Department of Traditional Chinese Medicine Internal Medicine，Baoding Maternal and Child Health Hospital，Baoding 071000，China
6.Pediatrics Department，Baoding Maternal and Child Health Hospital，Baoding 071000，China
Corresponding author：LIU Yuehua，Associate researcher；E-mail：liu_yuehua@tsinghua.edu.cn

基金项目：河北省医学科学研究课题计划项目（20241479）
引用本文：胡美丽，张倩，申斗，等.整合型服务体系构建背景下医防融合实现机制研究［J］.中国全科医学，2024. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0722.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
HU M L，ZHANG Q，SHEN D，et al. Research on implementation mechanism of treatment-prevention integration under the background of constructing integrated service system［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］



HU Meili and SHEN Dou are co-first authors

【Abstract】 **Background** The key task in China's medical and health field during the "14th Five-Year Plan" period is to realize treatment-prevention integration and innovate the mechanism of treatment-prevention integration. **Objective** This paper analyzes the implementation mechanism of treatment-prevention integration under the background of integrated service system construction，and provides reference for exploring the path of medical and prevention integration adapting to the strategy of "Healthy China". **Methods** Taking 2018 as the time node，relevant literature was searched on CNKI and Wanfang data knowledge service platform with keywords of "treatment-prevention integration"，"medical and prevention coordination"，"combination of prevention and treatment" and literatures on case policies，measures and implementation effects of integrated service systems such as medical alliance. Finally，18 literatures and 15 cases were selected. Based on the rainbow model，system integration，organizational integration，professional integration，service integration，functional integration and normative integration were determined as condition variables from macro，meso and micro levels and supporting factors，and the effect of treatment-prevention integration was determined as result variable. QCA was adopted to explore the implementation mechanism of medical and preventive integration under the background of integrated service system construction. **Results** There were four configuration paths that could effectively improve the effect of treatment-prevention integration，and the four paths were in line with the multi-layer integrated path and the medium-micro integrated path respectively. The following results were obtained：（1）It was more effective to carry out treatment-prevention integration relying on the integrated service system，and there are multiple paths that can effectively improve the effect of treatment-prevention integration under the integrated service system；（2）Service integration plays a fundamental role in improving the effect of medical and preventive integration；（3）The setting of relevant policy indicators for improving the system integration，professional integration and functional integration of treatment-prevention integration is not perfect. **Conclusion** （1）Relying on the construction of integrated service system to promote the improvement of treatment-prevention integration effect；（2）Give full play to the basic guarantee role of service integration；（3）Make reference to the successful experience of multi-level integration cases，set policy indicators at macro，meso and micro levels in a balanced manner，and improve the integration of system integration，professional integration and supporting elements.

【Key words】 Health services administration；Treatment-prevention integration；Integrated service system；Qualitative comparative analysis；Rainbow model

促进基层实现医防融合是保障广大人民群众就近享有公平可及、系统连续的预防、治疗、康复、健康促进等健康服务的重要举措。习近平总书记在二十大报告中指出，坚持预防为主，加强重大慢性病健康管理，提高基层防病治病和健康管理能力。2023 年 4 月 10 日，中共中央及国务院印发《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》强调加强防治结合，创新医防协同、医防融合机制[1]。实现基层医防融合，创新医防协同、医防融合机制成为我国医疗卫生领域在“十四五”期间的重要任务。世界卫生组织早在 2015 年发布的《以人为本的整合型卫生服务全球战略》中指出卫生服务基本模式应当以基层医疗机构为主，实现从治疗到预防的转变，并提出初级卫生保健是整合型服务体系的基础[2]。《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2018 年下半年重点工作任务的通知》强调通过整合型服务体系框架来促进预防、治疗、康复服务相结合[3]。由此可见，世界卫生组织及我国都重视和强调医防融合与构建整合型服务体系的紧密关系。整合型服务体系旨在通过解决医疗卫生服务体系碎片化的问题，加强不同医疗卫生服务间的协调程度，提升医疗卫生服务的连续性[4]。世界卫生组织最早将整合型服务定义为通过组织和管理体系内各项卫生服务资源，以实现医疗服务的系统化[5]。国内一些学者认为整合型服务即通过整合不同层级的医疗机构及人员，促进医疗服务体系协同发展、提高居民健康生活水平[6]。虽然不同国家的实践和学者对于整合型医疗服务的概念表述有所不同，但其理念和内涵具有共同点，且与医防融合的目标相契合，即均强调疾病预防与治疗的融合，为居民提供系统连续的医疗卫生服务[7]。通过建设和优化整合型医疗卫生服务体系，可加强区域内各级、各类医院与公共卫生机构的协同与融合，提升预防与治疗服务之间的衔接，促使医疗卫生体系以健康为中心而非以疾病治疗为中心，有利于发挥公共卫生体系在医防融合、健康促进和保障群众健康水平方面的积极作用[8]。因此，在整合型服务体系中开展医防融合，能依托整合型服务体系整体性、全面性的优势，达到良好的医防融合效果。近几年，我国在长期实践和探索中形成了以医联体、医共体为代表的整合型医疗服务的地区典型模式。与此同时，相当多的地区将医联体、医共体作为推动医防融合的主要载体[9-10]。虽然我国在实践中形成了一些具有地区代表性的医防融合模式，但长期以来医疗体系与公共卫生体系之间存在裂痕，“重医轻防”现象仍普遍存在，导致“医”与“防”

在我国医疗卫生事业中仍处于分离并行状态，阻碍了二者的有效融合[11]。为保障基层医防融合与我国健康中国战略、构建整合型服务体系的时代目标相契合，在整合型服务体系构建背景下研究医防融合对助力我国整合型服务体系的健全、探索适应健康中国战略的医防融合机制具有重要意义。

国内外学者从理论和实践上对医防融合问题进行了大量的有益探索。在理论层面，许多学者对医防融合的概念、理论机制进行研究，并构建医防融合的概念框架和指标体系[12-13]。在实践上，随着预期寿命的增加、人口老龄化以及疾病负担从传染病转向慢性疾病，医疗卫生服务需求迅速发生变化，因此医疗卫生系统需要适应这些不断变化的需求，重视疾病预防的紧迫性[14]。还有学者研究发现目前初级卫生保健和医疗卫生服务是分离的，为使健康得到持续性的保障，应当将预防与医疗结合起来[15]。目前我国医防融合面临着医疗服务体系与公共卫生体系存在壁垒、公共卫生职能未受到重视以及公共卫生人才队伍不足等问题[16-17]，针对以上问题学者们也提出了相应的解决办法，如推动医疗服务体系与公共卫生体系实现制度整合，探索引入医疗保险支付方式、提高公共卫生工作待遇等解决办法[18]。还有学者在对美国的分级诊疗及英国的国家卫生服务体系（NHS）、家庭医生制度等医防融合成功经验进行借鉴的基础上，提出符合我国地区实际的医防融合模式[19-20]。综上所述，国内外关于医防融合的研究较为全面，对医防融合的内涵、理论机制和实践模式等均做了较为深入的研究。我国在借鉴国外医防融合的基础上，也形成了一些具有地区代表性的医防融合模式，如安徽界首的家庭医生签约模式、罗湖的医疗集团模式，相关研究在一定程度上支撑了实践中医防融合效果的提升。然而国内外整合型医疗服务多以基层常见慢性病作为突破口[21-22]，医防融合研究主要依托于家庭医生签约服务、突发公共卫生事件、慢性病防控等进行开展[23-24]，鲜有学者在整合型服务体系构建背景下结合定量方法研究多个案例的医防融合共性特征并剖析健康中国战略背景下医防融合的实现机制。

基于上述背景，本文以整合型服务体系构建背景下的 15 个医防融合典型案例为研究对象，采用定性比较分析（QCA）方法，对医联体、医共体等整合型服务体系中采取的差异化政策组合及其医防融合效果进行分析，从而探寻“十四五”期间构建整合型服务体系背景下的医防融合机制及路径，为其他地区探索适应健康中国战略的医防融合机制提供借鉴和参考。

1 资料与方法

1.1 研究方法

QCA 是一种结合定性与定量研究的组态分析方法，由 MILL 于 1843 年创立[25]，该方法可探索不同政策要素组合与达成同一结果的因果路径关系，以剖析政策方案的优劣势，研究优化政策效果的组合路径。QCA 主要包括清晰集定性比较分析 (csQCA）、模糊集定性比较分析（fsQCA）、多值集定性比较分析（mvQCA）以及时序集定性比较分析（t/tsQCA），目前运用较多的为 csQCA 和 fsQCA。前者为二分法，需按不隶属和完全隶属两类将条件变量转化为 0 或 1，后者则可以按部分隶属程度将变量设置为 0~1。本文采用 csQCA 主要基于以下考虑：在样本数量方面，以 15 个医联体、医共体等整合型服务体系下的医防融合案例做研究，符合 QCA 的中小样本规模；在案例选取方面，各地区在医联体、医共体等整合型服务体系建设过程中结合各地实际采取了差异化的医防融合政策，符合 QCA 案例之间应当满足“充分同质性”而案例内部符合“最大异质性”的标准；在变量属性方面，依据案例中采取的医防融合政策措施进行赋值，研究变量可转化为二元对立的 0 或 1，符合清晰集定性比较分析要求。目前最新的 QCA 分析软件 fsQCA3.0 既能分析清晰集数据，也能分析模糊集数据，因此本文选取 fsQCA3.0 进行数据分析。由于本文研究变量已赋值为 0 或 1，分析前不用对变量进行校准。

尽管 QCA 已在经济学及管理学领域得到广泛应用，但其在医疗卫生领域的研究还处于起步状态。目前，鲜有学者运用这一方法对医防融合进行分析，本文创新性地引入这一方法，综合多元案例，研究影响医防融合效果的政策措施组合，拓宽医防融合的研究视域并为探寻“十四五”期间构建整合型服务体系背景下的医防融合机制及路径提供参考。

1.2 数据收集与样本选择

2018 年国家卫生健康委员会发布《关于做好 2018 年家庭医生签约服务工作的通知》，提出“向居民提供医防融合、综合连续的医疗卫生服务”，医防融合一词首次出现于政策文件中。因此本文以 2018 年为时间节点，以“医防融合”“医防协同”“防治结合”为关键词检索中国知网和万方数据知识服务平台相关文献，筛选出与医防融合高度相关的文献和案例。在中国知网和万方数据知识服务平台中进行检索，剔除重复文献共得到文献 340 篇，而后又基于构建整合型服务体系的研究背景，选出符合本文研究需求的文献。选取依据及步骤如下：首先，精读论文内容，从 340 篇文献中筛选出基于医共体、医联体等整合型服务体系进行研究的医防融合案例文献 38 篇（含期刊论文和学位论文）。其次，剔除 38 篇中案例研究时间为 2018 年以前的文献，再结合文献内容是否详细罗列实施医防融合的具体政策措施以及案例是否给出了能反映医防融合实施效果的相关数



据和指标进行筛选；最终，基于以上步骤共得到有效文献 18 篇。18 篇文献中各有 2 篇文献对福建省三明市、重庆市和河南省郏县进行了案例研究，因此去除其中重复的 3 篇案例文献，共有 15 个主要案例，案例信息见表 1。

表 1 整合型服务体系构建背景下的医防融合案例信息
Table 1 Information of medical and preventive integration cases under the background of integrated service system construction

编号	案例名称及文献来源	省 / 市
1	四川省新都区县域医共体医防融合慢性病管理模式（邓宏宇等，2023）	四川省
2	广东省连州市县域医共体慢病医防融合模式（莫孙滨 2022）	广东省
3	安徽省铜陵市城市医联体试点的医防融合模式（雷桃，杨金侠 2022）	安徽省
4	天津市整合型服务体系的医防融合模式（王书平等，2022）	天津市
5	重庆市忠县医防融合新体系（罗军兴等，2022）	重庆市
6	福建省三明市一体化医防融合新模式（胡盟等 2022；谢翠姬等 2021）	福建省
7	云南省云县医共体的医防融合模式（王雪瑶等 2021）	云南省
8	四川省成都市青白江区紧密型县域医共体医防融合模式（李显荣等 2021）	四川省
9	重庆市医共体的医防融合模式（李畔 2021；孙晓桐等 2021）	重庆市
10	河南省郏县医共体模式下的医防融合（魏晓珂 2021；单莹等 2021）	河南省
11	湖南省平江市县域医防融合的平江模式（帅才 2021）	湖南省
12	山东省无棣县县域医共体的医防融合模式（单莹等 2021）	山东省
13	安徽省界首医共体的医防融合模式（孙晓桐等 2021）	安徽省
14	广东省深圳市宝安区医联体医防融合模式（邓颖等 2021）	广东省
15	浙江省宁波市医共体医防融合（高波等 2021）	浙江省

1.3 变量设定

我国已有的医防融合实践主要从体系整合、服务融合等单一途径进行开展，还未将其他相关内容纳入整合，目前医防融合在实践中还存在着整合内容较单一的缺陷。VALENTIJN 等[26]创建的彩虹模型作为目前公认的整合型服务体系框架构建模型，从宏观、中观、微观层面以及支持要素方面反映医疗卫生的整合情况，可对整合型服务体系内医防融合的协作机制进行有效的理论分析，探寻提升医防融合效果的实现机制。彩虹模型以人为本和以人群为基础的核心指导原则与医防融合旨在实现为居民提供全周期、全方位和连续性的医疗卫生服务的目标相契合[27]。因此，本文以彩虹模型为理论框架，基于宏观、中观、微观及支持要素四个层次设定条件变量，从制度、组织、专业、服务、功能及规范 6 个维度探寻实现医防融合的实现机制。在彩虹模型的研究框架下，本文结合整合型服务体系的概念框架[28-29]、已构建的医防融合指标体系[30]，再结合所选取的医防融合案例中的政策措施确定 6 个条件变量及结果变量的设置依据和赋值标准。

（1）系统整合（宏观层面）：通过一系列政策及制度安排，促进公共卫生服务体系和医疗服务体系实现整合[31]。在医防融合的政策目标下，医疗服务体系不能仅关注疾病治疗，还要以健康结果为导向，逐渐向预防保健服务倾斜，公共卫生服务体系也不再全权负责基本健康服务供给。其目的在于促进医疗卫生资源配置均衡，为群众提供连续性的医疗卫生服务。赋值标准为是否通过下发指导性政策文件或制定医防融合实施方案，助力构建一体化医疗健康服务体系，是则赋值为 1，否则为 0。

（2）组织整合（中观层面）：组织整合即医防融合相关机构在横向和纵向上实现整合，促进公卫机构与医疗机构成立统一的公共卫生管理中心，统筹管理医疗和公共卫生工作。赋值标准如下：横向上是否实现了医疗保障制度与初级卫生保健制度相关部门进行联合协同合作；纵向上是否采取有效措施促进医疗及公共卫生资源的下沉。横向和纵向，均满足时赋值为 1，否则为 0。

（3）专业整合（中观层面）：专业整合，即不同专业的医务人员根据自己的能力、责任相互协作，实现各类医疗卫生服务连续、综合的提供[32]。在医防融合中体现为人员整合，即打通医疗服务体系与公共卫生体系间的人员互通渠道，培养医防融合型的全科医学人才。赋值标准如下：是否开展了医防融合相关培训；上下级医疗机构间是否实行医务人员间的纵向流通。两项都满足时赋值为 1，否则为 0。

（4）服务整合（微观层面）：服务整合指对服务供给内容进行整合。医疗服务体系侧重疾病治疗，公共卫生体系则侧重疾病预防，实现服务整合即提供从预防到康复的连续性服务[4]。赋值标准如下：是否提供预防、诊断、治疗到康复的全周期、全方位、连续性服务；是否融入了慢性病、传染病等疾病防控、妇幼保健、医养结合、中医药发展、健康教育等综合健康服务。两项都满足时赋值为 1，否则为 0。

（5）支持要素整合：支持要素整合包括功能整合和规范整合。功能整合即对居民健康信息和绩效考核两个方面的整合[33]，具体体现为建立统一信息平台，实现医防融合信息共建共享以及建立监督考核机制，将基本医疗、公共卫生、家庭医生签约等多项指标纳入绩效考核，并实行相应的公共卫生服务经费激励措施，激发基层医务人员开展公共卫生服务工作的积极性。规范整合体现为对医防融合资金的规范使用。目前医疗保险资金与公共卫生服务资金的筹资来源及使用方式均不同，实现医防融合需要规范统筹医疗保险资金与公共卫生服务资金的使用，即采取措施统筹使用医疗保险基金、公共卫生资金及政府补助等多种筹资渠道的资金，如通过医保支付方式改革来促进基本公共卫生补助经费和医保经费联合使用[34]。通过对信息、考核及资金等支持要

素进行整合，可提升医防融合总体效果。赋值标准如下：当功能整合中的信息和绩效整合实现其一并实现规范整合中的资金整合时则赋值为 1，否则为 0。

结果变量设置为良好医防融合效果。新时期我国健康中国建设中的医防融合总体目标为提高居民健康水平，改变当前以治疗为中心的价值取向和行为模式，提升医疗卫生服务的连续衔接以及医疗卫生服务体系的治理水平[35]。由此可见，基于医防融合总体目标，可从服务供给方和服务需求方评估医防融合效果。针对服务供给方，良好医防融合效果体现为基层医疗服务能力和健康管理能力明显增强。针对服务需求方，良好的医防融合效果体现为群众健康水平得到明显改善。因此，可从服务供给和服务需求两端对结果变量进行赋值，当服务供给和服务需求都满足时赋值为 1，否则为 0。

以上 6 个条件变量及结果变量是在整合型服务体系构建背景下医防融合实施过程中得出的经典路径。接下来将基于以上内容及赋值标准对 15 个案例中涉及的条件变量及结果变量进行赋值，具体赋值情况见表 2。

2 结果

2.1 必要条件检验

首先，根据变量设计及赋值标准，对条件变量和结果变量进行编码汇总，建立案例真值表。其次，在 fsQCA 分析软件中导入案例真值表并进行一致性（Consistency）和覆盖率（Coverage）的计算，一致性达到或超过 0.9 是必要条件的满足标准，据此判断单个

表 2 变量设定
Table 2 Variable settings

项目			案例1	案例2	案例3	案例4	案例5	案例6	案例7	案例8	案例9	案例10	案例11	案例12	案例13	案例14	案例15
条件变量		赋值标准															
宏观层面	系统整合	是否通过下发指导性政策文件或制定医防融合实施方案，助力构建一体化医疗健康服务体系。是则赋值为 1，否则为 0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0
中观层面	组织整合	横向上是否实现了公共卫生和医疗服务相关部门及机构进行联合协同合作，如成立统一的公共卫生管理中心，统筹管理医疗和公共卫生工作；纵向上是否采取措施有效促进医疗及公共卫生资源的下沉。横向和纵向都满足时赋值为 1，否则为 0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
	专业整合	是否开展了医防融合相关培训；上下级医疗机构间是否实行医务人员间的纵向流通。两项都满足时赋值为 1，否则为 0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1
微观层面	服务整合	是否提供预防、诊断、治疗到康复的全周期、全方位、连续性服务；是否融入了慢性病、传染病等疾病防控、妇幼保健、医养结合、中医药发展、健康教育等综合健康服务。两项都满足时赋值为 1，否则为 0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
支持要素	功能整合	是否建立统一信息平台，实现医防融合信息共建共享；是否建立监督考核机制，将基本医疗、公共卫生、家庭医生签约等多项指标纳入绩效考核并实行相应的公共卫生服务经费激励措施，激发基层医务人员开展公共卫生服务工作的积极性。二者都满足时赋值为 1，否则为 0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1
	规范整合	是否采取措施统筹使用医疗保险基金、公共卫生资金及政府补助等多种筹资渠道的资金。是则赋值为 1，否则为 0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0
结果变量	良好医防融合效果	基层医疗服务能力和健康管理能力是否得到明显增强；群众健康水平是否得到明显改善。当服务供给和服务需求都满足时赋值为 1，否则为 0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0

表 3 必要条件分析
Table 3 Necessary condition analysis

条件变量		结果变量（良好）		结果变量（不佳）		条件变量	结果变量（良好）		结果变量（不佳）	
		一致性	覆盖度（%）	一致性	覆盖度（%）		一致性	覆盖度（%）	一致性	覆盖度（%）
宏观层面	系统整合	0.556	0.714	0.333	0.286	~ 系统整合	0.444	0.500	0.667	0.500
中观层面	组织整合	0.889	0.667	0.667	0.333	~ 组织整合	0.111	0.333	0.333	0.667
	专业整合	0.333	0.500	0.500	0.500	~ 专业整合	0.667	0.667	0.500	0.333
微观层面	服务整合	1	0.900	0.167	0.100	~ 服务整合	0	0	0.833	1
支持要素	功能整合	0.667	0.750	0.333	0.250	~ 功能整合	0.333	0.429	0.667	0.571
	规范整合	0.556	0.625	0.500	0.375	~ 规范整合	0.444	0.571	0.500	0.429

注：~ 表示反事实结果。



变量能否构成医防融合效果的必要条件，结果见表3（~表示反事实结果）。由表3可知，微观层面的服务整合一致性为1，超过0.9，满足必要条件检验标准。

2.2 条件组态分析

以0.9为一致性阈值，对数据进行标准化分析运算，最终得到简单解、中间解和复杂解三种类型的解。其中，中间解只考虑了简单的反事实分析，纳入符合理论方向预期和经验证据的逻辑余项，因此合理有据、复杂度适中的中间解通常是QCA研究中汇报和诠释的首选。本文亦遵循这一标准，选取结合复杂解与简约解的中间解作为讨论对象，对不同变量组合的一致性进行分析，最终得到4种良好医防融合效果最优的条件组态。组合覆盖率为1（>0.5），组合一致性为1（>0.8），说明组态理想。见表4。并基于表4的分析结果绘制出表5所示的组态分析路径。

表4 良好医防融合效果的组合分析（中间解）

Table 4 Configuration analysis of good treatment-prevention integration effect(intermediate solution)

条件组合	原始覆盖度	净覆盖度	一致性
~系统整合*组织整合*服务整合*~功能整合*规范整合	0.333	0.222	1
系统整合*组织整合*~专业整合*服务整合*功能整合	0.444	0.444	1
系统整合*~组织整合*专业整合*服务整合*功能整合*~规范整合	0.111	0.111	1
~系统整合*组织整合*~专业整合*服务整合*规范整合	0.222	0.111	1
组合覆盖率		1	
组合一致性		1	

表5 良好医防融合效果的组态分析

Table 5 Configuration analysis of good treatment-prevention integration effect

条件变量		组态S1 中微观整合型	组态S2 多层面整合型	组态S3 多层面整合型	组态S4 中微观整合型
宏观层面	系统整合	○	●●	●●	○
中观层面	组织整合	●●	●●	○	●●
	专业整合	-	○	●●	○
微观层面	服务整合	●●	●●	●●	●●
支持要素	功能整合	○	●	●	-
	规范整合	●	-	○	●
原始覆盖率		0.333	0.444	0.111	0.222
净覆盖率		0.222	0.444	0.111	0.111
一致性		1	1	1	1
组合覆盖率			1		
组合一致性			1		

注：●●表示核心条件存在，●表示边缘条件存在；○○表示核心条件不存在（分析结果未出现核心条件不存在的情况），○表示边缘条件不存在；-表示条件可存在可不存在。

由表5可知，有效提升医防融合效果的路径共有4条。在4条组态路径中，微观层面的服务整合变量作为核心条件且在四条路径中都始终存在，与单变量必要性分析的结果相符，反映了服务整合对提升医防融合效果起着基础保障作用。

（1）在组态S1和组态S4中，宏观层面的系统整合变量缺失，中观及微观层面中的组织整合、服务整合两个核心变量均存在且在支持要素中至少存在规范整合这一边缘条件。表明在这两条组态中，即使宏观层面条件缺失，通过中观及微观两个层面的设置仍可取得良好医防融合效果，因此将组态S1、S4命名为“中微观整合型”。在“中微观整合型”中，有效提升医防融合效果的关键在于实现组织整合、服务整合，并将支持要素中的规范整合作为取得良好医防融合效果的保障条件。此时，即使宏观层面的系统整合变量缺失、支持要素中的功能整合变量不存在也能取得良好医防融合效果。在15个案例中，符合“中微观整合型”路径的案例包括安徽省铜陵市、福建省三明市、安徽省界首、河南省郏县。这4个案例即使宏观层面指标缺失，通过对中观及微观层面的变量设置再结合相关支持要素亦取得了良好的医防融合效果。

（2）在组态S2和组态S3中，宏观、中观及微观层面都存在一个核心条件且在支持要素中至少存在功能整合这一边缘条件。说明在这两条路径中，取得良好医防融合效果需要在宏观、中观及微观层面协同整合，因此将其命名为“多层面整合型”。在“多层面整合型”中，取得良好医防融合效果的关键在于通过宏观层面的系统整合、微观层面的服务整合、条件要素中功能整合以及结合中观整合中的组织整合或专业整合来实现。15个案例中符合“多层面整合型”的案例包括重庆市忠县、云南省云县、重庆市、山东省无棣县、广东省深圳市宝安区5个案例。5个案例医防融合在宏观、中观及微观层面的政策指标设置较为均衡，医防融合效果较好。

（3）4条组态原始覆盖度和净覆盖度最高的两条路径为符合多层面整合型的组态S2以及中微观整合型的组态S1。在覆盖度最高的组态S2中，中观层面的专业整合变量缺失；在组态1中系统整合和功能整合变量缺失，表明我国整合型服务体系中对提升医防融合的系统整合、专业整合和功能整合相关政策指标设置尚不健全。

2.3 稳健性检验

将fsQCA分析中的案例一致性阈值由原本的0.9提升到0.95，再次进行组态分析，分析结果显示路径组合仍与原路径组合一致，因此本文所得的结果稳健。

3 讨论

研究发现，在整合型服务体系建设背景下共有4条

组态能提升医防融合效果，且根据4条组态特征可归纳实现良好医防融合效果的路径为两条：多层面整合型、中微观整合型。最终基于组态分析得出以下结论。

（1）研究结果表明，4条提升医防融合效果的组态中共有2条路径为多层面整合型路径，且4条路径中案例覆盖率最高的路径亦为多层面整合型路径。这一研究结果表明，多层面整合型是使医防融合效果达到最佳的实现路径。其原因在于，多层面整合主要依托于整合型服务体系而存在，而整合型服务体系主要提供一体化的服务，将包括健康教育、预防、疾病治疗、康复和临终关怀等各种医疗卫生服务整合在一起，其核心是满足不同类型居民的健康需要，协调各级各类医疗机构，为其提供连贯终生的服务[36]。因此，与依托家庭医生签约服务、突发公共卫生事件、慢性病防控等单一途径相比，依托整合型服务体系从多层面整合来实现医防融合更为有效。

（2）研究发现，服务整合变量满足了必要条件检验且为核心条件，其在四条路径中都始终存在。其原因在于，服务整合作为微观层面的变量，是实现医防融合的基础，对提升医防融合效果起着基础保障作用[37]。服务整合主要是对基本的服务内容进行整合，以为患者提供连续性、综合性的服务为主。因此，是否提供预防、诊断、治疗到康复的全周期、全方位、连续性服务以及是否融入慢性病、传染病等疾病防控、妇幼保健、医养结合、中医药发展、健康教育等服务整合内容是影响医防融合效果的关键因素。

（3）研究还发现，覆盖度最高的两条组态分别缺少专业整合、系统整合和功能整合。整合型服务体系中对提升医防融合的系统整合、专业整合和功能整合相关政策指标设置尚不健全。其主要原因可能在于，目前我国整合型服务体系的构建在宏观和中观层面的整合力度仍不够，且一些地区尚不重视对支持要素的整合[38]。如一些地区还未探索出与本地医防融合实践相结合的资金融合方式，对医防融合绩效考核以及医防融合人员的工作积极性也不够重视[39]。

基于以上研究结论，为有效提升医防融合的服务效果，提出以下政策建议：

（1）依托医联体、医共体等中国特色的整合型服务体系提升医防融合效果。在整合型服务体系下存在多种路径可有效提升医防融合效果。在4条路径中，多层面整合型可使医防融合效果达到最佳。因此，应当着重构建多层面整合型组态，在宏观、中观、微观层面实现医防融合的均衡发展，通过系统整合、组织整合、专业整合、服务整合并结合支持要素提升医防融合效果。在医联体、医共体等整合型服务体系构建下推动医疗服务体系、公共卫生体系及医疗保障体系协同发展；促进公卫机构与医疗机构在横向和纵向上实现机构整合；注重培养医防融合型的全科医学人才；以人为本，为居民提供从预防到康复的连续性服务。另外，注重对支持要素的整合，建立监督考核机制，将基本医疗、公共卫生、家庭医生签约等多项指标纳入绩效考核并实行相应的公共卫生服务经费激励措施，激发基层医务人员开展公共卫生服务工作的积极性；采取措施统筹使用医疗保险基金、公共卫生资金及政府补助等多种筹资渠道的资金。

（2）充分发挥服务整合的基础保障作用。服务整合即在服务内容上从“防治分离”到提供从预防到康复的连续性服务，实现“防治结合”。分析结果表明，服务整合对提升医防融合效果起着基础保障作用。因此，在整合型服务体系构建背景下，为提升医防融合效果应将服务整合放在首要位置。依托医联体、医共体等整合型服务体系着重为群众提供预防、诊断、治疗到康复的全周期、全方位、连续性服务，融入慢性病、传染病等疾病防控、妇幼保健、医养结合、中医药发展、健康教育等综合健康服务。

（3）参考多层面整合型案例的成功经验，均衡设置宏观、中观、微观层面政策指标，同时完善系统整合、专业整合以及支持要素的整合。在系统整合上，应当依托医联体、医共体等整合型服务体系推动医疗服务体系、公共卫生体系及医疗保障体系协同发展，促进医疗卫生资源配置均衡。在专业整合上，加强对基层医务人员的培训，培养医防融合型的全科医学人才并打通医疗服务体系与公共卫生体系间的人员互通渠道。在功能整合上，将医疗卫生机构医防融合的开展情况与工作绩效直接挂钩；积极探索与本地医防融合实践相结合资金融合方式，通过医保支付方式改革统筹使用基本公共卫生补助经费和医保经费，并实行相应的公共卫生服务经费激励措施，以激发基层医务人员开展公共卫生服务工作的积极性。

本文以整合型服务体系构建背景下的15个医防融合典型案例为研究对象，创造性地引入QCA方法，综合多元案例，基于彩虹模型从宏观层面、中观层面、微观层面及支持要素对医联体、医共体等整合型服务体系中采取的差异化政策组合及其医防融合效果进行分析。在研究方法和研究内容上拓宽了医防融合的研究视域，揭示了在整合型服务体系中影响医防融合效果的核心条件，探寻“十四五”期间构建整合型服务体系背景下的医防融合机制及路径，从而为其他地区探索适应健康中国战略的医防融合机制提供借鉴和参考。

作者贡献：胡美丽提出研究思路，设计研究方案，负责文章起草和写作；申斗负责研究过程实施和数据分析；张倩负责部分数据文献收集和调查；李红丽、杨雯、杨金兰、顾芳负责数据清洗和文献材料收集；刘跃华负责最终版本修订，对论文整体负责。



本文无利益冲突。

参考文献

［1］中华人民共和国中央人民政府．中共中央办公厅 国务院办公厅印发《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》［EB/OL］．［2023-10-12］.https：//www.gov.cn/zhengce/2023-03/23/content_5748063.htm.2023-03-23.

［2］孙晓桐，郎颖．我国基层医疗机构医防融合主要模式述评［J］．卫生软科学，2021，35（9）：7-10. DOI：10.3969/j.issn.1003-2800.2021.09.002.

［3］中华人民共和国中央人民政府．国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2018 年下半年重点工作任务的通知［EB/OL］．［2023-09-22］. https：//www.gov.cn/zhengce/content/2018-08/28/content_5317165.htm.2018-8-20.

［4］MANYAZEWAL T. Using the World Health Organization health system building blocks through survey of healthcare professionals to determine the performance of public healthcare facilities［J］. Arch Belg De Sante Publique，2017，75：50. DOI：10.1186/s13690-017-0221-9.

［5］World Health Organization. Integration of Health Care Delivery：Report of a WHO Study Group［R］. Geneva：WHO，1996.

［6］许兴龙，周绿林，陈羲．"互联网+" 背景下医疗服务体系整合研究［J］. 中国卫生事业管理，2018，35（2）：105-108.

［7］叶江峰，姜雪，井淇，等．整合型医疗服务模式的国际比较及其启示［J］．管理评论，2019，31（6）：199-212. DOI：10.14120/j.cnki.cn11-5057/f.2019.06.006

［8］王俊，王雪瑶．中国整合型医疗卫生服务体系研究：政策演变与理论机制［J］. 公共管理学报，2021，18（3）：152-167，176. DOI：10.16149/j.cnki.23-1523.2021.03.004.

［9］李文敏，程梦珍，刘丝雨．我国整合型健康服务体系的实现路径研究［J］. 中国卫生政策研究，2022，15（5）：1-7. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2022.05.001.

［10］邓宏宇，吴淼淼，杨正，等．紧密型县域医共体医防融合慢性病管理创新模式构建研究［J］. 中国全科医学，2023，26（22）：2720-2725. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0150.

［11］任星宣，王雪纯，裴亚兴，等．基于 CiteSpace 的我国医防融合领域研究热点分析［J］. 中国医院，2023，27（9）：22-25. DOI：10.19660/j.issn.1671-0592.2023.09.06.

［12］刘珏，闫温馨，刘民，等．新时期健康中国建设中的医防协同：理论机制与政策演变［J］. 中国科学基金，2023，37（3）：451-460. DOI：10.16262/j.cnki.1000-8217.2023.03.009.

［13］郭佳，孙华君，陈营，等．基层医疗卫生机构慢性病医防融合服务质量现场评价指标体系构建［J］. 中国全科医学，2023，26（28）：3489-3495. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0277.

［14］MAYHEW S H，HOPKINS J，WARREN C E. Building integrated health systems：lessons from HIV，sexual and reproductive health integration［J］. Health Policy Plan，2017，32（suppl_4）：iv1-iv5. DOI：10.1093/heapol/czx142.

［15］NICHOLSON K，MAKOVSKI T T，STRANGES S. The integration of primary care and public health to improve population health：tackling the complex issue of multimorbidity［J］. Int J Public Health，2019，64（7）：983-984. DOI：10.1007/s00038-019-01278-1.

［16］刘茜，蒲川．基于重大疫情防控的医防融合策略研究［J］. 现代预防医学，2021，48（8）：1426-1429.

［17］马月霞，代宝珍．从健康管理走向健康治理：基本医疗保险与公共卫生服务体系协同发展路径研究［J］. 中国农村卫生事业管理，2023，43（2）：78-84. DOI：10.19955/j.cnki.1005-5916.2023.02.001.

［18］任颖．公共卫生立法的法理辨析与路径优化——以党内法规与国家法律的衔接为视角［J］. 理论月刊，2021（11）：111-118. DOI：10.14180/j.cnki.1004-0544.2021.11.012.

［19］单莹，马方恩，张立恒，等．县域医共体的医防融合实践进展研究［J］. 卫生经济研究，2021，38（9）：10-12，17. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2021.09.002.

［20］夏俊杰，卢祖洵，王家骥，等．"医保经费总额包干，节余奖励"框架下的罗湖医改模式［J］. 中国全科医学，2017，20（19）：2299-2302. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2017.19.001.

［21］MWANGOME M，GEUBBELS E，KLATSER P，et al. Perceptions on diabetes care provision among health providers in rural Tanzania：a qualitative study［J］. Health Policy Plan，2017，32（3）：418-429. DOI：10.1093/heapol/czw143.

［22］BAUER M S，MILLER C J，KIM B，et al. Effectiveness of implementing a collaborative chronic care model for clinician teams on patient outcomes and health status in mental health：a randomized clinical trial［J］. JAMA Netw Open，2019，2（3）：e190230. DOI：10.1001/jamanetworkopen.2019.0230.

［23］赵琳琳，邵爽，罗琪，等．国内家庭医生团队医防融合实践策略研究［J］. 中国全科医学，2023，26（22）：2715-2719. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0246.

［24］李怡霖，熊子蕙，房惠妍，等．我国医防融合政策分析：政策演化与政策工具运用［J］. 中国卫生政策研究，2023，16（1）：19-27. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2023.01.003.

［25］许越，胡琳琳，刘远立．县域医共体服务能力提升的多元实现路径研究：基于模糊集定性比较分析［J］. 中国全科医学，2023，26（25）：3140-3146.

［26］VALENTIJN P P. Rainbow of Chaos：a study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care［J］. Int J Integr Care，2016，16（2）：1-4. DOI：10.5334/ijic.2465.

［27］VALENTIJN P P，SCHEPMAN S M，OPHEIJ W，et al. Understanding integrated care：a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care［J］. Int J Integr Care，2013，13：e010. DOI：10.5334/ijic.886.

［28］钟小红，杨辉，王颖，等．城市公立医院改革背景下整合型医疗服务理论框架研究［J］. 中国卫生经济，2019，38（3）：9-12. DOI：10.7664/CHE20190302.

［29］陈至柔，郑英，代涛，等．一体化医疗卫生服务体系评价框架研究［J］. 中国卫生政策研究，2018，11（4）：29-35. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2018.04.006.

［30］袁蓓蓓，何平，徐进，等．基层卫生服务医防融合：概念框架及指标体系构建［J］. 中国卫生政策研究，2022，15（9）：11-18. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2022.09.003.

［31］赵春琰，郭维淋，黄泽成，等．公共卫生、医疗服务、医疗保障多体系协同机制研究——基于整体性治理理论视角［J］. 中国卫生事业管理，2021，38（3）：171-174.

[32] 陈思源，袁蓓蓓，徐进，等.广西两县卫生服务整合及其影响因素研究[J].中国卫生政策研究，2022，15（9）：34-39. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2022.09.006.
[33] 刘园园，范转转，姚东明.基于彩虹模型的家庭医生签约服务模式比较研究[J].卫生经济研究，2019，36（3）：26-28. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2019.03.008.
[34] 刘钊，洪学智，李冬梅，等.医防融合体系筹资机制研究[J].中国卫生经济，2022，41（11）：24-27.
[35] 刘珏，闫温馨，刘民，等.新时期健康中国建设中的医防协同：理论机制与政策演变[J].中国科学基金，2023，37（3）：451-460. DOI：10.16262/j.cnki.1000-8217.2023.03.009.
[36] 王书平，黄二丹.面向未来的我国整合型医疗卫生服务体系蓝图[J].卫生经济研究，2023，40（7）：1-4，8. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2023.07.016.
[37] 李文敏，程梦珍，刘丝雨.我国整合型健康服务体系的实现路径研究[J].中国卫生政策研究，2022，15（5）：1-7.
[38] 张县，王燕森，赵秋怡，等.基于彩虹模型的中美卫生服务体系整合模式比较[J].医学与社会，2022，35（8）：27-31，38. DOI：10.13723/j.yxysh.2022.08.005.
[39] 王晨舟，张研，张亮.我国医防融合困境中的管理和服务机制剖析[J].中国卫生政策研究，2024，17（1）：2-8.

（收稿日期：2023-12-11；修回日期：2024-02-22）
（本文编辑：崔莎）